

中国平安财产保险股份有限公司
平安产险附加重大疫情流感住院医疗保险条款

注册号：C00001732522024092000363

总则

第一条 本附加保险合同须附加于人身保险合同（以下简称“主保险合同”）。主保险合同所附条款、投保单、保险单、保险凭证以及批单等，凡与本附加保险合同相关者，均为本附加保险合同的组成部分。凡涉及本附加保险合同的约定，均应采用书面形式。

若主保险合同与本附加保险合同的条款互有冲突，则以本附加保险合同的条款为准。本附加保险合同未尽事宜，以主保险合同的条款规定为准。

保险责任

第二条 在本附加保险合同有效期内，保险人根据约定承担下列部分保险责任。投保人可以选择投保下列四项保险责任中的任意一项，或者投保第（二）、（四）两项保险责任。具体保险责任由投保人在投保时与保险人协商确定，并在保险单中载明。

（一）重大疫情流感疾病住院医疗费用保险责任

被保险人在**等待期届满后**（连续不间断续保者自续保生效起）因遭受本附加保险合同所约定的重大疫情流感疾病，经医院确诊必须住院治疗的，保险人就其在住院期间发生的全部合理医疗费用，在扣除约定的免赔额后乘以约定的给付比例，在约定的保险金额限额内给付重大疫情流感疾病住院医疗费用保险金。具体的免赔额和给付比例在保险合同中载明。如果投保人按被保险人拥有公费医疗或基本医疗保险的情况进行投保，但申请理赔时未从上述途径获得医疗费用补偿的，保险人在扣除约定的免赔额后，按约定给付比例的70%给付该项医疗费用保险金。

（二）重大疫情流感疾病住院基本医疗保险支付范围内医疗费用保险责任

被保险人在**等待期届满后**（连续不间断续保者自续保生效起）因遭受本附加保险合同所约定的重大疫情流感疾病，经医院确诊必须住院治疗的，保险人就其在住院期间发生的、符合当地社会保险行政部门规定的基本医疗保险支付范围内的合理医疗费用，在扣除约定的免赔额后乘以约定的给付比例，在约定的该项保险责任的保险金额限额内给付重大疫情流感疾病住院基本医疗保险支付范围内医疗费用保险金。具体的免赔额和给付比例在保险合同中载明。如果投保人按被保险人拥有公费医疗或基本医疗保险的情况进行投保，但申请理赔时未从上述途径获得医疗费用补偿的，保险人在扣除约定的免赔额后，按约定给付比例的50%给付该项医疗费用保险金。

（三）重大疫情流感疾病住院基本医疗保险支付范围内与乙类个人自负部分医疗费用保险责任

被保险人在**等待期届满后**（连续不间断续保者自续保生效起）因遭受本附加保险合同所约定的重大疫情流感疾病，经医院确诊必须住院治疗的，保险人就其在住院期间发生的、符合当地社会保险行政部门规定的基本医疗保险支付范围内以及乙类个人自负部分的合理医疗费用，在扣除约定的免赔额后乘以约定的给付比例，在约定的保险金额限额内给付重大疫情流感疾病住院基本医疗保险支付范围内与乙类个人自负部分医疗费用保险金。具体的免赔额和给付比例在保险合同中载明。如果投保人按被保险人拥有公费医疗或基本医疗保险的情

况进行投保，但申请理赔时未从上述途径获得医疗费用补偿的，保险人在扣除约定的免赔额后，按约定给付比例的60%给付该项医疗费用保险金。

（四）重大疫情流感疾病住院基本医疗保险支付范围外医疗费用保险责任

被保险人在等待期届满后（连续不间断续保者自续保生效起）因遭受本附加保险合同所约定的重大疫情流感疾病，经医院确诊必须住院治疗的，保险人就其在住院期间发生的、按当地社会保险行政部门规定属于基本医疗保险支付范围外的合理医疗费用，在扣除约定的免赔额后乘以约定的给付比例，在约定的该项保险责任的保险金额限额内给付重大疫情流感疾病住院基本医疗保险支付范围外医疗费用保险金。具体的免赔额和给付比例在保险合同中载明。

以下条款适用于上述（一）至（四）项保险责任：

在本附加保险合同保险期间内，被保险人因本附加保险合同所约定的重大疫情流感疾病，经医院确诊必须进行住院治疗的，保险期间届满被保险人本次住院治疗仍未结束（以出院视为结束）的，保险人继续按上述约定承担保险责任至本附加保险合同满期后90日。

在本附加合同保险期间内，被保险人不论一次或多次因本附加保险合同所约定的重大疫情流感疾病，经医院确诊必须进行住院治疗的，保险人按照各项保险责任的约定给付各项医疗费用保险金，但各项保险责任的累计给付金额分别以被保险人的各项保险责任约定的保险金额为限。各项保险责任一次或累计给付金额达到该项保险责任约定的保险金额时，保险人对被保险人的该项保险责任终止。

补偿原则

第三条 若被保险人已从其他途径（包括但不限于基本医疗保险、城乡居民大病保险、公费医疗、保险人在内的任何保险机构）获得医疗费用补偿，对于被保险人发生的所选保险责任范围内的合理医疗费用，保险人在扣除被保险人已从其他途径获得的补偿后，对于剩余部分医疗费用在该项医疗费用保险金额的限额内按照约定的免赔额和给付比例给付该项医疗费用保险金。

责任免除

第四条 因下列情形之一造成被保险人发生本附加保险合同所约定的住院医疗费用支出的，保险人不承担给付保险金的责任：

- （一）投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- （二）被保险人故意自伤、故意犯罪或者抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （三）被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病期间因本附加保险合同所约定的重大疫情流感疾病导致的；
- （四）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- （五）核爆炸、核辐射或核污染；
- （六）被保险人未遵医嘱，私自使用药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；
- （七）既往症及其并发症；
- （八）被保险人健康检查、疗养、静养或特别护理。

保险金额、免赔额与给付比例

第五条 保险金额是保险人承担给付保险金责任的最高限额。

投保人为被保险人投保本保险时，保险人将区分被保险人是否拥有公费医疗或基本医疗

保险的不同情况，与投保人约定所投保责任的免赔额、给付比例、保险金额和保险费，并于保险单中载明。

本附加保险合同中的免赔额是指被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本附加保险合同保险责任范围内的医疗费用，但依照本附加保险合同约定仍旧由被保险人自行承担，保险人不予赔付的金额。被保险人从其他途径已获得的医疗费用补偿可用于抵扣免赔额，但通过基本医疗保险、城乡居民大病保险或公费医疗报销部分，不可用于抵扣免赔额。

本附加保险合同中的给付比例是指保险人与被保险人按照一定的比例共同承担相应的医疗费用，即保险人对被保险人在保险期间内发生的、虽然属于本附加保险合同保险责任范围内的医疗费用按照保险合同约定赔付一定的比例，剩余的比例由被保险人进行承担。

保险期间与续保

第六条 本附加保险合同保险期间由保险人和投保人双方协商确定，并在保险单中载明，且最长不超过一年。

第七条 本产品遵循不保证续保条款：本产品保险期间不超过一年。保险期间届满，投保人需要重新向保险人申请投保本产品，经保险人同意，交纳保险费，获得新的保险合同。

等待期

第八条 除另有约定外，自本附加保险合同生效日起 30 日（含第 30 日）为等待期。

被保险人在等待期内发生本附加保险合同所约定的重大疫情流感疾病，由此而导致的住院治疗，无论住院治疗时间与生效之日是否间隔超过等待期，保险人均不承担给付各项保险金的责任，本附加保险合同继续有效。

符合以下情形的无等待期：

投保人在保险期间届满前重新申请为被保险人投保本产品，经保险人同意并交纳保险费，获得新的保险合同。

保险人义务

第九条 订立本附加保险合同时，保险人应当向投保人说明本附加保险合同的内容。对保险合同中免除保险人责任的条款，保险人在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上做出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人做出明确说明。未作提示或者明确说明的，该条款不产生效力。

第十条 本附加保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十一条 保险人按照本附加保险合同的约定，认为被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，应当及时一次性通知投保人、被保险人补充提供。

第十二条 保险人收到被保险人的给付保险金的请求后，应当及时作出是否属于保险责任的核定；情形复杂的，保险人将在确定是否属于保险责任的基本材料收集齐全后，尽快做出核定。

保险人应当将核定结果通知被保险人；对属于保险责任的，在与被保险人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金义务。保险合同对给付保险金的期限有约定的，保险人应当按照约定履行给付保险金的义务。保险人依照前款约定作出核定后，对不属于保险责任

的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

第十三条 保险人自收到给付保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其给付的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定给付的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十四条 若投保人选择一次性支付保险费，投保人应当在投保时一次性交清保险费；若投保人选择分期支付保险费，在支付首期保险费后，投保人应当在保险费约定支付日支付其余各期的保险费。若未按时支付的，投保人应于保险人催告投保人支付保险费之日起三十日的期限内支付当期保险费。上述期限内发生的保险事故，保险人仍会承担保险责任，**但在给付保险金时有权扣减投保人对应的欠交保险费。**

投保人在上述期限内未支付保险费的，则本附加保险合同自上述期限届满的次日零时起效力中止。**如果被保险人在保险合同效力中止期间发生保险事故的，保险人不承担保险责任。**

合同效力依照前款约定中止的，经投保人与保险人协商并达成协议，在投保人补交保险费后，保险合同效力恢复，保险人继续承担保险责任至保险期间届满，合同效力至保险期间届满时仍未恢复的，本附加保险合同于保险期间届满时终止。

第十五条 订立保险合同，保险人就被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除本附加保险合同。

前款规定的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金责任，但应当退还保险费。

保险人在合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担给付保险金责任。

第十六条 投保人住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知保险人。投保人未通知的，保险人按本附加保险合同所载的最后住所或通讯地址发送的有关通知，均视为已发送给投保人。

第十七条 投保人、被保险人或者保险金受益人应当在知道保险事故后 10 日内通知保险人。**故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。**

上述约定，不包括因不可抗力而导致的迟延。

保险金申请与给付

第十八条 保险金申请人向保险人申请给付保险金时，应提交以下材料。保险金申请人因特殊原因不能提供以下材料的，应提供其他合法有效的材料。**保险金申请人未能提供有关**

材料，导致保险人无法核实该申请的真实性的，保险人对无法核实部分不承担给付保险金的责任。

由保险金申请人填写相应保险金给付申请书，并提供下列证明和资料：

1. 保险合同或保险单号；
2. 被保险人及申请人的**有效身份证件**；
3. 医院出具的医疗费用原始凭证；
4. 医疗费用结算清单；
5. 医疗病历；
6. 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

如投保人与保险人对需提供证明、资料有其他约定的，按约定执行。

保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件。

争议处理和法律适用

第十九条 因履行本附加保险合同发生的争议，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，依法向中华人民共和国境内（**不包括港澳台地区**）人民法院起诉。

第二十条 与本附加保险合同有关的以及履行本附加保险合同产生的一切争议处理适用中华人民共和国法律（**不包括港澳台地区法律**）。

其他事项

第二十一条 投保人和保险人可以协商变更合同内容。

变更保险合同的，应当由保险人在保险单或者其他保险凭证上批注或附贴批单，或者投保人和保险人订立变更的书面协议。

第二十二条 在本附加保险合同成立后，投保人可以书面形式通知保险人解除合同，**但保险人已根据本附加保险合同约定给付保险金的除外**。

投保人解除本附加保险合同时，应提供下列证明文件和资料：

- （一）保险合同解除申请书；
- （二）保险单原件；
- （三）投保人身份证明。

投保人要求解除本附加保险合同，自保险人接到保险合同解除申请书之时起，本附加保险合同的效力终止。保险人收到上述证明文件和资料之日起三十日内退还保险单的现金价值。

释义

第二十三条

【重大疫情流感疾病】

是指在中华人民共和国国家卫生健康委员会（<http://www.nhc.gov.cn/>）或中国疾病预防控制中心（<http://www.chinacdc.cn/>）的官方网站上发布的《全国法定传染病疫情概况》（月

度)中,属甲、乙类传染病的流感疾病。采用的疫情概况所属月份应与被保险人确诊日期在同一个月。

【住院】

指被保险人入住医院之正式病房接受全日 24 小时监护治疗的过程,并正式办理入出院手续,不包括入住门诊观察室、其他非正式病房或挂床住院。

挂床住院指办理正式住院手续的被保险人,在住院期间每日非 24 小时在床、在院。具体表现包括在住院期间连续若干日无任何治疗,只收护理费、诊疗费、床位费等情况。

【医院】

指投保人与保险人约定的定点医院,未约定定点医院的,则指中华人民共和国境内(不包括香港、澳门、台湾地区)合法经营的二级以上(含二级)公立医院普通部,不包含其中的特需医疗、外宾医疗、干部病房。

本附加保险合同约定的医院不包括疗养院、护理院、康复中心、戒酒或戒毒中心、精神心理治疗中心以及无相应医护人员或设备的二级或三级医院的联合医院或联合病房。

【合理医疗费用】

指被保险人在医院治疗期间发生的实际的合理的医疗费用。

(一) 床位费

指住院期间使用的医院床位(不包括观察病房之床位、陪人床、家庭病床)的费用。

(二) 手术费

指被保险人为治疗疾病创伤、挽救生命而施行的手术产生的,符合当地卫生行政部门规定的手术项目的费用,包括手术室费、麻醉费、手术监测费、手术辅助费、材料费、一次性用品费、术中用药费、手术设备费。

(三) 药费

指治疗期间实际发生的合理且必要的由医生开具的具有国家药品监督管理部门核发的药品批准文号或者进口药品注册证书、医药产品注册证书的国产或进口处方药品的费用。

(四) 治疗费

指以治疗疾病、创伤为目的,提供医学手段而发生的治疗者的技术劳务费和医疗器械使用费,以及消耗品的费用,包括注射费、机疗费、理疗费、输血费、输氧费、体外反搏费。

(五) 护理费

指住院期间根据医嘱所示的护理等级确定的费用。

(六) 检查检验费

指以诊断疾病为目的,采取必要的医学手段进行检查及检验而发生的医疗费用,包括医处方费、诊查费、妇检费、X光费、心电图费、B超费、脑电图费、内窥镜费、肺功能仪费、分子生化费和血、尿、便常规检查费。

(七) 特殊检查治疗费

包括 CT、ECT、彩超、活动平板、动态心电图、心电监护、介入治疗、PCR、体外碎石、高压氧、体外射频、核磁共振、血液透析等大型和高费用检查治疗项目费。

(八) 救护车使用费

指为抢救生命由急救中心派出的救护车费用及医院转诊过程中的医院用车费,救护车的使用仅限于同一城市中的医疗运送。

【当地】

若被保险人有基本医疗保险，当地指被保险人基本医疗保险的参保地；若被保险人无基本医疗保险，当地指被保险人就诊医院的所在地。

【基本医疗保险】

指包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。

【乙类个人自负部分】

指对于被保险人使用基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目或药品，由被保险人自行支付的不在基本医疗保险支付范围内的医疗费用。

【感染艾滋病病毒或患艾滋病】

艾滋病病毒指人类免疫缺陷病毒，英文缩写为 HIV。艾滋病指人类免疫缺陷病毒引起的获得性免疫缺陷综合征，英文缩写为 AIDS。在人体血液或其他样本中检测到艾滋病病毒或其抗体呈阳性，没有出现临床症状或体征的，为感染艾滋病病毒；如果同时出现了明显临床症状或体征的，为患艾滋病。

【既往症】

指被保险人在本附加保险合同生效日之前已确诊的疾病。既往症通常有以下情况：

- （一）本附加保险合同生效前，医生已有明确诊断，但未治疗；
- （二）本附加保险合同生效前，医生已有明确诊断，长期治疗未间断；
- （三）本附加保险合同生效前，医生已有明确诊断，治疗后未康复，有间断用药情况。

【有效身份证件】

指由政府主管部门规定的证明其身份的证件，如：居民身份证、按规定可使用的有效护照、军人身份证件、武装警察身份证件等证件。

【现金价值】

保险单现金价值=保险费×[1-（保险期间已经过天数/保险期间天数）]，经过天数不足一天的按一天计算。

【周岁】

以有效身份证件中记载的出生日期计算。自出生之日起为零周岁，每经一年增加一岁，不足一年的不计。

【并发症】

指疾病在发展过程中偶然引起的另一种疾病或症状，且新引起的疾病或症状非医务人员的过失所致。